

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Y. T. DENGAN CEDERA KEPALA BERAT
DI RUANGAN KELIMUTU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**



Disusun Oleh :

ANDI RUSDIANA

NIM: PO. 530320115006

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2018**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Y. T. DENGAN CEDERA KEPALA BERAT DI RUANGAN KELIMUTU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah ini di susun sebagai salah satu persyaratan untuk
menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan
dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



NAMA :ANDI RUSDIANA

NIM : PO 530320115001

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2018**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Andi Rusdiana
NIM : PO. 530320115006
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, Juli 2018

Pembuat Pernyataan



ANDI RUSDIANA

NIM. PO. 530320115006

Mengetahui

Pembimbing



Kori Limbong, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 197802022002122001

LEMBAR PERSETUJUAN

STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Y. T. DENGAN CEDERA KEPALA
BERAT DI RUANGAN KELIMUTU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES
KUPANG**

Disusun Oleh:



Andi Rusdiana

NIM. PO. 530320115006

Telah disetujui untuk di seminarkan
Pada Tanggal 02 Juli 2018

Pembimbing



Kori Limbong, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 197802022002122001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Y. T. DENGAN CEDERA KEPALA BERAT
DI RUANGAN KELIMUTU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

Disusun Oleh



ANDI RUSDIANA

NIM. PO. 530320115006

Telah Diuji Dan Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Pada Tanggal 02 Juli 2018

Dewan Penguji

Penguji I



Elisabeth Herwanti, S.Kp., M.Kes

NIP. 195809011985022001

Penguji II



Kori Limbong, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 197802022002122001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Maria Margaretha U. W., SKp., MHSc

NIP. 195602171986032001

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan



Margaretha Teti, S.Kep., Ns., MSc., PH

NIP. 197707272000032002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan Judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn Y. T. Dengan Cedera Kepala Berat Di Ruangan Kelimutu RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG”. Studi kasus ini merupakan salah satu persyaratan akademik dalam menyelesaikan Studi Ahli Madya Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan.

Selama proses penulisan studi kasus ini, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, maka perkenalan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Kori Limbong, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing studi kasus yang dengan setia dan sabar meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan penyusunan studi kasus ini mulai dari penentuan judul sampai pada penulisan akhir.
2. Ibu Elisabeth Herwanti, S.Kp., M.Kes selaku penguji I yang telah memberikan masukan serta kritik yang membangun bagi kemajuan penulis.
3. Bapak Adrianus Pa, S.Kep., Ns selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan kritik yang membangun bagi kemajuan penulis.
4. Ibu M. Margaretha U. W, S.Kp., MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
5. Ibu R. H. Kristina, SKM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Agustina Ina, S.Kep., M.Kes, selaku dosen pembimbing akademik yang dengan sabar dan tulus hati membimbing, mendidik dan mendukung penulis selama tiga tahun menempuh pendidikan di Program Studi D-III Keperawatan.

7. Seluruh staf dosen dan karyawan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.
8. Orang tua tercinta, Bapak Untung Rusdiyanto dan Ibu Ummi yang telah membesarkan, merawat serta mendidik saya dengan baik.
9. Adik tersayang Ismi Fauzia yang dengan penuh kasih dan sayang memberikan dukungan, semangat, serta mendoakan penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
10. Istri tercinta Aristya Galuh Kusuma dan anak-anak (Arvino dan Alisha) yang dengan penuh kasih sayang memberikan dukungan semangat serta doa bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini.
11. Sahabat baik Mayor Elektra Karo Karo, Indra Sadewo, Rizky, Isma madjid dan Ade Saragi yang sudah membantu serta mendoakan saya.
12. Teman-teman angkatan 24 khususnya Reguler A untuk semua dukungan dan kekompakannya.
13. Mayor Laut (K) dr. Slamet Rahardja, Sp.B selaku Karumkital Samuel J. Moeda Kupang, Para Perwira, rekan-rekan anggota, dan teman-teman sejawat serta seluruh keluarga besar RSAL Samuel Johaness Moeda Kupang yang sudah mengizinkan, mendukung, selalu senantiasa menasehati, memberikan semangat, mendoakan serta mengerti saya dalam setiap proses studi saya.
14. Semua petugas kesehatan di RSUD. PROF. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian terkhusus di Ruang Kelimutu.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala pendapat, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk penyempurnaan studi kasus ini.

Kupang, Juli 2018

Penulis

BIODATA PENULIS

1. Nama : Andi Rusdiana
 2. NIM : PO. 530320115006
 3. Tempat Tanggal Lahir : Surabaya, 16 Juli 1987
 4. Jenis Kelamin : Laki-Laki
 5. Alamat : Jl. Yos Sudarso No. 05, Osmok
 6. Riwayat Pendidikan :
 - a. SD : SDN Kedinding V Surabaya (1994-2000)
 - b. SMP : SLTPN 15 Surabaya (2000-2003)
 - c. SMA : SMAN 3 Surabaya (2003-2006)
- Sejak tahun 2015 kuliah di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan.

MOTTO:

***No Coincidence Happens In This World
Everything Happens For A Reason***

~A.R

ABSTRAK

Andi Rusdiana, NIM : PO 530320115006, Asuhan Keperawatan pada Tn. Y.T dengan Cedera Kepala Berat (CKB) di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Cedera kepala berat merupakan cedera kepala yang mengakibatkan penurunan kesadaran dengan skor GCS 3 sampai 8, mengalami amnesia > 24 jam. Tindakan menurut prioritas adalah Resusitasi jantung paru (*airway, breathing, circulation* =ABC). Setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil tanda-tanda vital, TD : 130/80 mmHg, N : 64x/menit, RR : 24x/menit, S : 36,7° C. Keadaan umum pasien lemah, kesadaran somnolen, nilai GCS 8 = E₁V₂M₅, Capillary Refill time < 3 detik, dan inspeksi pupil isokor. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut menjadi prioritas diagnosa keperawatan apabila kriteria hasil kesadaran meningkat menjadi composmentis dapat mempercepat penyelesaian masalah lain. Intervensi yang direncanakan adalah pantau tanda-tanda vital pasien, evaluasi nilai GCS pasien, pertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar, evaluasi keadaan pupil, pemberian terapi oksigen sesuai kebutuhan, dan kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi pasien. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital pasien, mengevaluasi nilai GCS klien, keadaan pupil, mempertahankan kepala dan leher pada posisi datar, melayani injeksi Plasmirex 500 mg/IV, melayani injeksi Vitamin K 10 mg/IV, mengganti cairan infus manitol 150 cc, dan memberikan terapi oksigen nasal kanul 3 L per menit. Setelah 4 hari perawatan, pasien belum mencapai kriteria evaluasi yang diharapkan dimana pasien masih belum sadarkan diri, kesadaran somnolen, dan GCS=10 E₃V₂M₅. Diharapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Cedera kepala Berat (CKB) dapat diberikan secara holistik dan komprehensif.

Kata kunci : *Asuhan Keperawatan, Cedera Kepala Berat (CKB)*

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL..... | |
| LEMBAR PERNYATAAN..... | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN..... | iii |
| KATA PENGANTAR..... | iv |
| BIODATA..... | vi |
| ABSTRAK..... | vii |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR TABEL..... | |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | |
| BAB 1. PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Tujuan Penulisan..... | 3 |
| 1.3 Manfaat Penulisan..... | 4 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA..... | 5 |
| 2.1 Konsep Teori..... | 5 |
| 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan..... | 17 |
| BAB 3. HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN..... | 28 |
| 3.1 Hasil Studi Kasus..... | 28 |
| 3.2 Pembahasan..... | 37 |
| 3.3 Keterbatasan Studi Kasus..... | 39 |
| BAB 4. KESIMPULAN DAN SARAN..... | 42 |
| 4.1 Kesimpulan..... | 42 |
| 4.2 Saran..... | 43 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 44 |

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Skala GCS

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

Lampiran 2. Asuhan Keperawatan

Lampiran 3. Lembar Konsultasi

Lampiran 4. Surat Pernyataan Selesai Penelitian

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cedera kepala merupakan kasus yang sering ditemui di Instalasi Rawat Darurat. Cedera kepala adalah salah satu penyebab kematian utama dikisaran usia produktif, yakni 22-50 tahun (Badan Intelijen Nasional, 2013). Secara global insiden cedera kepala meningkat dengan tajam terutama karena peningkatan penggunaan kendaraan bermotor. Tahun 2020 diperkirakan WHO bahwa kecelakaan lalu lintas akan menjadi penyebab penyakit dan trauma ketiga terbanyak di dunia (Maas et al., 2008; Nurfaise, 2012). Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak (Morton, 2012 dalam Nurarif, Amin Huda dan Hardhi Kusuma, 2016). Cedera kepala dapat menimbulkan berbagai kondisi dari gegar otak ringan, koma sampai kematian. Kondisi paling serius disebut dengan istilah cedera otak traumatik (Smeltzer, Susan C, 2013).

Cedera kepala merupakan salah satu masalah kesehatan yang dapat menyebabkan gangguan fisik dan mental yang kompleks (Irawan dkk, 2010). Trauma kepala mengakibatkan kelainan struktural atau fisiologis pada fungsi otak oleh faktor eksternal yang diindikasikan sebagai onset baru atau perburukan dari satu atau lebih gejala klinis seperti kehilangan kesadaran, kehilangan memori tepat setelah terjadinya trauma.

Penyebab utama cedera kepala berat adalah kecelakaan sepeda motor (50%), jatuh (21%) dan kekerasan (12%). Berdasarkan *Glasgow Coma Scale* (GCS) cedera kepala dapat dibagi menjadi tiga yaitu cedera kepala ringan bila GCS 13-15, cedera kepala sedang bila GCS 9-12 dan cedera kepala besar bila GCS kurang dari 8 (Arif Muttaqin, 2008). Tekanan intrakranial (TIK) didefinisikan sebagai tekanan dalam rongga kranial dan biasanya diukur sebagai tekanan dalam ventrikel lateral otak (Joanna Beeckler, 2006). Menurut Indra dan Reggy (2016) tanda-tanda fisik yang dapat ditemukan adalah papil edema, bradikardi, peningkatan progresif tekanan darah, perubahan tipe pernapasan, timbulnya kelainan neurologis, gangguan endokrin, dan gangguan tingkat kesadaran.

Tata laksana peningkatan TIK meliputi elevasi kepala, mempertahankan suhu tubuh normotermia, tata laksana nyeri, sedasi, ventilasi mekanik, blockade neuromuscular, hiperventilasi terkontrol, terapi hyperosmolar, kraniotomi, dan pemasangan drain ventrikel eksterna (Mortimer DS dkk,2007). Posisi kepala 30° (elevasi) merupakan suatu posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur sekitar 30° dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar (Bahrudin, 2008). Pemberian posisi ini bertujuan memberikan keuntungan dalam meningkatkan oksigenisasi. Suplai oksigen terpenuhi dapat meningkatkan rasa nyaman dan rileks sehingga mampu menurunkan intensitas nyeri kepala pasien dan mencegah terjadinya perfusi jaringan serebral.

Elevasi kepala menurunkan TIK melalui dua mekanisme. Pertama, elevasi kepala menaikkan drainase pembuluh darah vena jugularis dan pembuluh darah di otak. Kedua, elevasi kepala mendorong cairan serebrospinal (CSS) untuk mengalir ke kanal tulang belakang, sehingga jumlah CSS di otak menurun (March KS dkk, 2014). Elevasi kepala dapat menurunkan tekanan intrakranial melalui beberapa cara, yaitu menurunkan tekanan darah, perubahan kompres dada, perubahan ventilasi, meningkatkan aliran vena melalui vena jugular yang tak berkatup, sehingga menurunkan volume darah vena sentral yang menurunkan tekanan intrakranial. Perpindahan CSS dari kompartemen intrakranial ke rongga subaraknoid spinal dapat menurunkan tekanan intrakranial.

Di Indonesia saat ini, cedera kepala merupakan penyebab hampir setengah dari seluruh kematian akibat trauma, hal ini dikarenakan kepala merupakan bagian yang tersering dan rentan terlibat dalam suatu kecelakaan. Distribusi kasus cedera kepala lebih banyak melibatkan kelompok usia produktif, yaitu antara 15-44 tahun dan lebih didominasi oleh kaum laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Adapun penyebab yang tersering kecelakaan lalu lintas dan kemudian disusul dengan jatuh (terutama pada kelompok anak-anak). Seiring dengan kemajuan teknologi dan pembangunan, frekuensi terjadinya cedera kepala bukannya menurun malah meningkat.

Berdasarkan hasil Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) tahun 2013, Prevalensi cedera nasional pada 33 provinsi di Indonesia sebesar 8,2 %. Terdapat 16 provinsi yang prevalensi cedera diatas angka prevalensi

Nasional. Proporsi jatuh akibat kecelakaan lalu lintas tertinggi di Nusa Tenggara Timur (55,5%) dan terendah di Bengkulu (26,6%). Berdasarkan data dari ruangan kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang selama 3 tahun terakhir yaitu dari tahun 2015-2018 angka kasus Cedera Kepala Berat (CKB) adalah 1,5 % dari semua kasus yang ada di ruangan kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang.

Melihat masalah diatas dan peran perawat dalam mengatasi masalah maka perlu dilakukan studi kasus pada Tn. Y.T dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di ruang Cempaka RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Berat (CKB) di ruang Kelimutu, RSUD Prof. Dr. W.Z., Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Berat (CKB).
2. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Berat (CKB).
3. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Berat (CKB).
4. Mampu melakukan implementasi pada pasien dengan Cedera Kepala Berat (CKB).
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan berdasarkan implementasi yang telah dibuat pada pasien dengan Cedera Kepala Berat (CKB).

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Bagi Masyarakat

Menambah wawasan tentang pengertian, penyebab, dan cara penanganan pasien dengan Cedera Kepala Berat (CKB).

1.3.2 Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai referensi bagi pengembangan keilmuan dan teknologi keperawatan khususnya bagi asuhan keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Berat (CKB).

1.3.3 Bagi Rumah Sakit

Agar dapat dijadikan masukan pengembangan pelayanan di masa yang akan datang pada pasien dengan Cedera Kepala Berat (CKB).

1.3.4 Bagi Penulis

Menambah wawasan serta memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan gangguan perfusi jaringan serebral pada pasien Cedera Kepala Berat (CKB).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi

Cedera kepala merupakan proses dimana terjadi trauma langsung atau deselerasi terhadap kepala yang menyebabkan kerusakan tengkorak dan otak. Cedera otak primer merupakan kerusakan yang terjadi pada otak segera setelah trauma.

Cedera kepala berat merupakan cedera kepala yang mengakibatkan penurunan kesadaran dengan skor GCS 3 sampai 8, mengalami amnesia > 24 jam (Haddad, 2012).

Cedera kepala berat adalah keadaan dimana penderita tidak mampu melakukan perintah sederhana oleh karena kesadaran menurun (GCS < 8) (ATLS, 2008).

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak.

Dari semua pengertian di atas dapat disimpulkan cedera kepala berat adalah proses terjadi trauma langsung atau deselerasi terhadap kepala yang menyebabkan suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan interstitial dimana mengalami penurunan kesadaran dengan skor GCS 3 sampai 8 dan mengalami amnesia > 24 jam.

2.1.2 Etiologi

Kejadian cedera kepala bervariasi mulai dari usia, jenis kelamin, suku, dan faktor lainnya. Kejadian-kejadian dan prevalensi dalam studi epidemiologi bervariasi berdasarkan faktor-faktor seperti nilai keparahan, apakah disertai kematian, apakah penelitian dibatasi untuk orang yang dirawat di rumah sakit dan lokasi penelitian (NINDS, 2013).

Penyebab cedera kepala berat adalah:

1. Trauma tajam

Trauma oleh benda tajam dapat menyebabkan cedera setempat dan menimbulkan cedera lokal. Kerusakan lokal meliputi kontusio serebral, hematoma serebral, kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia.

2. Trauma tumpul

Trauma oleh benda tumpul dan menyebabkan cedera menyeluruh (difusi). Kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam 4 bentuk yaitu cedera akson, kerusakan otak hipoksia, pembengkakan otak menyebar, hemoragi kecil multiple pada otak koma terjadi karena cedera menyebar pada hemisfer serebral, batang otak atau kedua-duanya.

Akibat trauma tergantung pada :

- a. Kekuatan benturan (parahnya kerusakan).
- b. Akselerasi dan Deselerasi
- c. Cup dan kontra cup

Cedera cup adalah kerusakan pada daerah dekat yang terbentur. Sedangkan cedera kontra cup adalah kerusakan cedera berlawanan pada sisi desakan benturan.

1) Lokasi benturan

2) Rotasi

Pengubahan posisi pada kepala menyebabkan trauma regangan dan robekan substansia alba dan batang otak.

3) Depresi fraktur

Kekuatan yang mendorong fragmen tulang turun menekan otak lebih dalam. Akibatnya CSS (Cairan Serebro Spinal) mengalir keluar ke hidung, telinga → masuk kuman → kontaminasi dengan CSS → infeksi → kejang.

2.1.3 Patofisiologi

Otak dapat berfungsi dengan baik bila kebutuhan oksigen dan glukosa dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam sel-sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak mempunyai cadangan oksigen, jadi kekurangan aliran darah ke otak walaupun sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan oksigen sebagai bahan bakar metabolisme otak tidak boleh kurang dari 20 mg % karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25 % dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70% akan terjadi gejala-gejala permulaan disfungsi serebral seperti kesulitan dalam berbicara, nyeri di kepala dan bola mata, tampak berkeringat, bisa muntah, dan terjadi kerusakan fungsi motorik. Dari sini dapat muncul masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral.

Pada saat otak mengalami hipoksia, tubuh berusaha memenuhi kebutuhan oksigen melalui proses metabolik anaerob yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Pada kontusio berat, hipoksia atau kerusakan otak akan terjadi penimbunan asam laktat akibat metabolisme anaerob. Hal ini akan menyebabkan asidosis metabolik.

Dalam keadaan normal cerebral blood flow (CBF) adalah 50-60 ml/menit/100 gr jaringan otak yang merupakan 15 % dari cardiac output. Trauma kepala menyebabkan perubahan fungsi jantung sekuncup aktivitas atypical-myocardial, perubahan tekanan vaskuler dan udem paru. Perubahan otonom pada fungsi ventrikel adalah perubahan gelombang T dan P dan disritmia, fibrilasi atrium dan ventrikel, takikardia.

Akibat adanya perdarahan otak akan mempengaruhi tekanan vaskuler, dimana penurunan tekanan vaskuler menyebabkan pembuluh darah arteriol akan berkontraksi. Pengaruh persarafan simpatik dan parasimpatik pada pembuluh darah arteri dan arteriol otak tidak begitu besar.

2.1.4 Tanda dan Gejala

Cedera kepala diklasifikasikan dalam berbagai aspek. Secara praktis dikenal 3 deskripsi klasifikasi yaitu berdasarkan mekanisme, berat - ringan, dan morfologi.

a. Mekanisme cedera kepala

Cedera kepala secara luas dapat dibagi atas cedera kepala tertutup dan cedera kepala terbuka. Cedera kepala tertutup biasanya berkaitan dengan kecelakaan mobil atau motor, jatuh atau terkena pukulan benda tumpul. Sedangkan cedera tembus disebabkan oleh luka tembak atau tusukan.

b. Beratnya cedera kepala

Glasgow Coma Scale (GCS) merupakan suatu komponen untuk mengukur secara klinis beratnya cedera otak. *Glasgow Coma Scale* meliputi 3 kategori yaitu respon membuka mata, respon verbal, dan respon motorik. Skor ditentukan oleh jumlah skor dimasing -masing 3 kategori, dengan skor maksimum 15 dan skor minimum 3 ialah sebagai berikut:

1) Nilai GCS kurang dari 8 didefinisikan sebagai cedera kepala berat.

Kehilangan kesadaran atau terjadi amnesia > 24 jam, juga meliputi kontusio serebral, laserasi, atau hematoma intrakranial.

2) Nilai GCS 9 – 12 didefinisikan sebagai cedera kepala sedang.

Kehilangan kesadaran atau amnesia > 30 menit tetapi kurang dari 24 jam dan dapat mengalami fraktur tengkorak.

3) Nilai GCS 13 – 15 didefinisikan sebagai cedera kepala ringan (D. Jong, 2010).

Kehilangan kesadaran atau amnesia < 30 menit, tidak ada fraktur tengkorak dan tidak ada kontusio serebral atau hematoma.

c. Morfologi

Secara morfologis cedera kepala dapat meliputi fraktur kranium, kontusio, perdarahan, dan cedera difus.

1) Fraktur kranium

Fraktur tulang tengkorak (*cranium*) dapat terjadi pada atap atau dasar tengkorak (*basiscranii*), dan dapat berbentuk garis atau linear dan dapat pula terbuka atau tertutup. Fraktur *cranium* terbuka dapat mengakibatkan adanya hubungan antara laserasi kulit kepala dengan permukaan otak karena robeknya selaputdura(ATLS,2008).

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Respon buka mata (E) : | 4 Spontan 3 Terhadap suara 2 Terhadap nyeri 1 Tidak ada |
| 2 | Respon motorik (M) | 6 Turut perintah 5 Melokalisir nyeri 4 Fleksi normal (menarik anggota yang dirangsang) 3 Fleksi abnormal (dekortikasi) 2 Ekstensi abnormal (deserebrasi) 1 Tidak ada (flaksid) |
| 3 | Respon verbal (V) | 5 Berorientasi baik 4 Disorientasi tempat dan waktu 3 Kata-kata tidak teratur 2 Suara tidak jelas 1 Tidak ada |
| 4 | Nilai GCS = (E + M +V) : Nilai tertinggi = 15, dan terendah = 3 (D. Jong, 2010). | |

Tabel 2.1 Skala GCS

2) Lesi Intrakranial

Lesi intrakranial dapat diklasifikasikan sebagai lesi fokal atau lesi difus, walaupun kedua jenis lesi ini sering terjadi bersamaan. Lesi fokal adalah perdarahan epidural, perdarahan subdural, kontusio (hematom intraserebral), dan perdarahan intra serebral.

3) Cedera otak difusi

Cedera otak difusi mulai dari konkusi ringan dimana gambaran CT scan normal, sampai cedera iskemi-hipoksik yang berat. Cedera otak difus berat biasanya diakibatkan oleh hipoksia, iskemi otak karena syok yang berkepanjangan atau periode apneu yang terjadi segera setelah trauma. Pada kasus tersebut, awalnya CT scan sering menunjukkan gambaran normal, atau gambaran otak bengkak secara merata dengan batas area substasia putih dan abu-abu hilang. Kelainan difus lainnya, sering terlihat pada cedera dengan kecepatan tinggi atau cedera deselerasi, yang dapat menunjukkan gambaran titik perdarahan multipel diseluruh hemisfer otak tepat dibatas area putih dan abu-abu.

4) Perdarahan epidural

Perdarahan epidural relatif jarang, lebih kurang 0,5% dari semua cedera otak dan 9% dari pasien yang mengalami koma. Hematom epidural itu secara tipikal berbentuk bikonveks atau cembung sebagai akibat dari pendorongan perdarahan terhadap duramater yang sangat melekat di tabula interna tulang kepala. Perdarahan ini sering terjadi pada area temporal atau temporoparietal dan biasanya disebabkan oleh robeknya arteri meningeal media akibat fraktur tulang tengkorak.

5) Perdarahan subdural

Perdarahan subdural lebih sering terjadi daripada perdarahan epidural, kira-kira 30% dari cedera otak berat. Perdarahan ini sering terjadi akibat robekan pembuluh darah atau vena-vena kecil di permukaan korteks serebri. Berbeda dengan perdarahan epidural yang berbentuk lensa cembung pada CT scan, perdarahan subdural biasanya mengikuti dan menutupi permukaan hemisfer otak. Perdarahan ini dapat menutupi seluruh permukaan otak. Kerusakan otak yang berada di bawah

perdarahan subdural biasanya lebih berat dan prognosisnya lebih buruk daripada perdarahan epidural.

6) Kontusio dan perdarahan intraserebral

Kontusio serebri sering terjadi (20% sampai 30% dari cedera otak berat). Sebagian besar terjadi di lobus frontal dan lobus temporal, meskipun dapat juga terjadi pada setiap bagian dari otak. Kontusio serebri dapat terjadi dalam waktu beberapa jam atau hari, berkumpul menjadi perdarahan intraserebral atau kontusio yang luas (ATLS, 2008).

2.1.5 Studi Diagnostik

1. Foto polos kepala

Tidak semua penderita dengan cedera kepala diindikasikan untuk pemeriksaan foto polos kepala karena masalah biaya dan kegunaan yang sekarang mungkin sudah ditinggalkan. Jadi, indikasi meliputi jejas lebih dari 5 cm, luka tembus (peluru/tajam), deformasi kepala (dari inspeksi dan palpasi), nyeri kepala yang menetap, gejala fokal neurologis, dan gangguan kesadaran.

2. CT – Scan

Indikasi CT Scan adalah :

- a. Nyeri kepala menetap atau muntah-muntah yang tidak menghilang setelah pemberian obat-obatan analgesia atau antimuntah.
- b. Adanya kejang – kejang, jenis kejang fokal lebih bermakna terdapat pada lesi intrakranial dibandingkan dengan kejang general.
- c. Penurunan GCS lebih dari 1 dimana faktor – faktor ekstrakranial telah disingkirkan (karena penurunan GCS dapat terjadi misalnya karena syok, febris, dll).
- d. Adanya fraktur impresi dengan lateralisasi yang tidak sesuai.
- e. Luka tembus akibat benda tajam dan peluru.

f. Perawatan selama 3 hari tidak ada perubahan yang membaik dari GCS (Sthavira, 2012).

3. MRI

Magnetic resonance imaging (MRI) biasa digunakan untuk pasien yang memiliki abnormalitas status mental yang digambarkan oleh CT Scan. MRI telah terbukti lebih sensitif daripada CT-Scan, terutama dalam mengidentifikasi lesi difus non hemoragik cedera aksonal.

4. EEG

Peran yang paling berguna EEG pada cedera kepala mungkin untuk membantu dalam diagnosis status epileptikus non konfulsif. Dapat melihat perkembangan gelombang yang patologis. Dalam sebuah studi *landmark* pemantauan EEG terus menerus pada pasien rawat inap dengan cedera otak traumatik. Kejang konfulsif dan non konfulsif tetap terlihat dalam 22%. Pada tahun 2012 sebuah studi melaporkan bahwa perlambatan yang parah pada pemantauan EEG terus menerus berhubungan dengan gelombang delta atau pola penekanan melonjak dikaitkan dengan hasil yang buruk pada bulan ketiga dan keenam pada pasien dengan cedera otak traumatik.

5. X – Ray

Mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan atau edema), fragmen tulang (Rasad, 2011).

2.1.6 Pengobatan

1. Cedera kepala sedang (GCS 9 -12)

Kurang lebih 10% pasien dengan cedera kepala di Unit Gawat Darurat (UGD) menderita cedera otak sedang. Mereka umumnya masih mampu menuruti perintah sederhana, namun biasanya tampak bingung atau mengantuk dan dapat pula disertai defisit neurologis fokal seperti hemiparesis. Sebanyak 10 -20% dari pasien cedera otak sedang mengalami perburukan dan jatuh dalam koma. Untuk alasan

tersebut maka pemeriksaan neurologi secara berkala diharuskan dalam mengelola pasien ini.

Saat diterima di UGD, dilakukan anamnesis singkat dan segera dilakukan stabilisasi kardiopulmoner sebelum pemeriksaan neurologis dilaksanakan. CT Scan kepala harus selalu dilakukan dan segera menghubungi ahli bedah saraf. Pasien harus dirawat di ruang perawatan intensif atau yang setara, dimana observasi ketat dan pemeriksaan neurologis serial dilakukan selama 12-24 jam pertama. Pemeriksaan CT Scan lanjutan dalam 12-24 jam direkomendasikan bila hasil CT Scan awal abnormal atau terdapat penurunan status neurologis pasien (ATLS, 2008).

2. Cedera kepala berat (GCS < 8)

Penderita ini biasanya disertai oleh cedera yang multiple, oleh karena itu disamping kelainan serebral juga disertai kelainan sistemik. Urutan tindakan menurut prioritas adalah sebagai berikut:

a. Resusitasi jantung paru (*airway, breathing, circulation* = ABC)

Pasien dengan cedera kepala berat ini sering terjadi hipoksia, hipotensi dan hiperkapnia akibat gangguan kardiopulmoner. Oleh karena itu tindakan pertama adalah:

1) Jalan nafas (*Air way*)

Jalan nafas dibebaskan dari lidah yang turun ke belakang dengan posisi kepala ekstensi, kalau perlu dipasang pipa orofaring atau pipa endotrakheal, bersihkan sisa muntahan, darah, lendir atau gigi palsu. Isi lambung dikosongkan melalui pipa nasogastrik untuk menghindarkan aspirasi muntahan.

2) Pernafasan (*Breathing*)

Gangguan pernafasan dapat disebabkan oleh kelainan sentral atau perifer. Kelainan sentral adalah depresi pernafasan pada lesi medula oblongata, pernafasan cheyne stokes, ataksik dan central neurogenik hyperventilation. Penyebab perifer adalah aspirasi, trauma dada, edema paru,

DIC, emboli paru, infeksi. Akibat dari gangguan pernafasan dapat terjadi hipoksia dan hiperkapnia. Tindakan dengan pemberian oksigen kemudian cari dan atasi faktor penyebab dan kalau perlu memakai ventilator.

3) Sirkulasi (*Circulation*)

Hipotensi menimbulkan iskemia yang dapat mengakibatkan kerusakan sekunder. Jarang hipotensi disebabkan oleh kelainan intrakranial, kebanyakan oleh faktor ekstrakranial, yakni berupa hipovolemik akibat perdarahan luar atau ruptur alat dalam, trauma dada disertai tempo nadi jantung atau pneumotoraks dan syok septik. Tindakannya adalah menghentikan sumber perdarahan, perbaikan fungsi jantung dan mengganti darah yang hilang dengan plasma.

b. Pemeriksaan fisik

Setelah ABC, dilakukan pemeriksaan fisik singkat meliputi kesadaran, pupil, defisit fokal serebral dan cedera ekstrakranial. Hasil pemeriksaan fisik pertama ini dicatat sebagai data dasar dan ditindaklanjuti, setiap perburukan dari salah satu komponen diatas bisa diartikan sebagai adanya kerusakan sekunder dan harus segera dicari dan menanggulangi penyebabnya.

c. Tekanan Intrakranial (TIK)

Peninggian TIK terjadi akibat edema serebri, vasodilatasi, hematoma intrakranial atau hidrosefalus. Untuk mengukur turun naiknya TIK sebaiknya dipasang monitor TIK. TIK yang normal adalah berkisar 0 -15 mmHg, diatas 20 mmHg sudah harus diturunkan dengan urutan sebagai berikut:

1) Hiperventilasi

Setelah resusitasi ABC, dilakukan hiperventilasi dengan ventilasi yang terkontrol, dengan sasaran tekanan CO₂ (pCO₂) 27 -30 mmHg dimana terjadi vasokonstriksi yang diikuti berkurangnya aliran darah serebral. Hiperventilasi dengan

pCO₂ sekitar 30 mmHg dipertahankan selama 48-72 jam, lalu dicoba dilepas dengan mengurangi hiperventilasi, bila TIK naik lagi hiperventilasi diteruskan lagi selama 24 -48 jam. Bila TIK tidak menurun dengan hiperventilasi periksa gas darah dan lakukan CT scan ulang untuk menyingkirkan hematom.

2) Drainase

Tindakan ini dilakukan bila hiperventilasi tidak berhasil. Untuk jangka pendek dilakukan drainase ventrikular, sedangkan untuk jangka panjang dipasang ventrikulo peritoneal shunt, misalnya bila terjadi hidrosefalus.

3) Terapi diuretik

a) Diuretik osmotik (manitol 20%)

Cairan ini menurunkan TIK dengan menarik air dari jaringan otak normal melalui sawar otak yang masih utuh kedalam ruang intravaskuler. Bila tidak terjadi diuresis pemberiannya harus dihentikan. Cara pemberiannya : Bolus 0,5 -1 gram/kgBB dalam 20 menit dilanjutkan 0,25-0,5 gram/kgBB, setiap 6 jam selama 24 -48 jam. Monitor osmolalitas tidak melebihi 310 mOSm.

b) Loop diuretik (Furosemid)

Furosemid dapat menurunkan TIK melalui efek menghambat pembentukan cairan serebrospinal dan menarik cairan interstisial pada edema serebri. Pemberiannya bersamaan manitol mempunyai efek sinergik dan memperpanjang efek osmotik serum oleh manitol. Dosis 40 mg/hari/IV.

4) Terapi barbiturat (Fenobarbital)

Terapi ini diberikan pada kasus -kasus yang tidak responsif terhadap semua jenis terapi yang tersebut diatas. Cara pemberiannya adalah bolus 10 mg/kgBB/IV selama 0,5 jam dilanjutkan 2-3 mg/kgBB/jam selama 3 jam, lalu pertahankan pada kadar serum 3-4 mg dengan dosis sekitar 1

mg/kgBB/jam. Setelah TIK terkontrol 20 mmHg selama 24-48 jam dosis diturunkan bertahap selama 3 hari.

5) Steroid

Berguna untuk mengurangi edema serebri pada tumor otak. Akan tetapi manfaatnya pada cedera kepala tidak terbukti, oleh karena itu sekarang tidak digunakan lagi pada kasus cedera kepala.

6) Posisi Tidur

Penderita cedera kepala berat dimana TIK tinggi posisi tidurnya ditinggikan bagian kepala sekitar 20-30°, dengan kepala dan dada pada satu bidang, jangan posisi fleksi atau laterofleksi, supaya pembuluh vena daerah leher tidak terjepit sehingga drainase vena otak menjadi lancar.

d. Keseimbangan cairan elektrolit

Pada saat awal pemasukan cairan dikurangi untuk mencegah bertambahnya edema serebri dengan jumlah cairan 1500 -2000 ml/hari diberikan parenteral, sebaiknya dengan cairan koloid seperti hydroxyethyl starch, pada awalnya dapat dipakai cairan kristaloid seperti NaCl 0,9% atau ringer laktat, jangan diberikan cairan yang mengandung glukosa oleh karena terjadi keadaan hiperglikemia menambah edema serebri. Keseimbangan cairan tercapai bila tekanan darah stabil normal, yang akan takikardia kembali normal dan *volume* urine normal >30 ml/jam. Setelah 3-4 hari dapat dimulai makanan peroral melalui pipa nasogastrik. Pada keadaan tertentu dimana terjadi gangguan keseimbangan cairan elektrolit, pemasukan cairan harus disesuaikan, misalnya pada pemberian obat diuretik, diabetes insipidus, *syndrome of inappropriate anti diuretic hormone* (SIADH). Dalam keadaan ini perlu dipantau kadar elektrolit, gula darah, ureum, kreatinin dan osmolalitas darah.

e. Nutrisi

Setelah 3-4 hari dengan cairan perenteral pemberian cairan nutrisi peroral melalui pipa nasogastrik bisa dimulai, sebanyak 2000 -3000 kalori/hari.

f. Epilepsi atau kejang

Epilepsi yang terjadi dalam minggu pertama setelah trauma disebut *early* epilepsi dan yang terjadi setelah minggu pertama disebut *late* epilepsy. *Early* epilepsi lebih sering timbul pada anak-anak dari pada orang dewasa, kecuali jika ada fraktur impresi, hematom atau pasien dengan amnesia post traumatik.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Penting bagi perawat untuk mengetahui bahwa setiap adanya riwayat trauma pada servikal merupakan hal yang penting diwaspadai.

1. Identitas pasien
2. Riwayat Penyakit
 - a. Keluhan Utama

Cedera kepala berat mempunyai keluhan atau gejala utama yang berbeda-beda tergantung letak lesi dan luas lesi. Keluhan utama yang timbul seperti nyeri, rasa bebal, kekakuan pada leher atau punggung dan kelemahan pada ekstremitas atas maupun bawah.

- b. Riwayat Penyakit Saat Ini

Pengkajian ini sangat penting dalam menentukan derajat kerusakan dan adanya kehilangan fungsi neurologik. Medulla spinalis dapat mengalami cedera melalui beberapa mekanisme, cedera primer meliputi satu atau lebih proses berikut dan gaya : kompresi akut, benturan, destruksi, laserasi dan trauma tembak.

- c. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien dengan cedera medulla spinalis bias disebabkan oleh beberapa penyakit seperti Reumatoid Arthritis,

pseudohipoparatiroid, Spondilitis, Ankilosis, Osteoporosis maupun tumor ganas.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu ditanyakan riwayat penyakit keluarga yang dapat memperberat cedera medulla spinalis.

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik mengacu pada pengkajian B1-B6 dengan pengkajian fokus ditujukan pada gejala-gejala yang muncul akibat cedera kepala berat. Keadaan umum (Arif muttaqin 2008) pada keadaan cedera kepala berat umumnya mengalami penurunan kesadaran. Adanya perubahan pada tanda-tanda vital, meliputi bradikardi dan hipotensi.

a. B1 (BREATHING)

Perubahan pada sistem pernapasan bergantung pada gradasi blok saraf parasimpatis klien mengalami kelumpuhan otot otot pernapasan dan perubahan karena adanya kerusakan jalur simpatetik descending akibat trauma pada tulangbelakang sehingga mengalami terputus jaringan saraf di medula spinalis, pemeriksaan fisik dari sistem ini akan didapatkan hasil sebagai berikut inspeksi umum didapatkan klien batuk peningkatan produksi sputum, sesak napas.

b. B2 (BLOOD)

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan syok hipovolemik yang sering terjadi pada klien cedera kepala berat. Dari hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah menurun nadi bradikardi dan jantung berdebar-debar. Pada keadaan lainnya dapat meningkatkan hormon antidiuretik yang berdampak pada kompensasi tubuh.

c. B3 (BRAIN)

Pengkajian ini meliputi tingkat kesadaran, pengkajian fungsi serebral dan pengkajian saraf kranial. Pengkajian tingkat kesadaran : tingkat keterjagaan klien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persyarafan. Pengkajian fungsi serebral : status mental observasi penampilan, tingkah laku nilai gaya bicara dan aktivitas motorik klien Pengkajian sistem motorik inspeksi umum didapatkan kelumpuhan pada ekstermitas bawah, baik bersifat paralis, dan paraplegia. Pengkajian sistem sensori gangguan sensibilitas pada klien cedera kepala berat sesuai dengan segmen yang mengalami gangguan.

d. B4 (BLADDER)

Kaji keadaan urine meliputi warna ,jumlah,dan karakteristik urine, termasuk berat jenis urine. Penurunan jumlah urine dan peningkatan retensi cairan dapat terjadi akibat menurunnya perfusi pada ginjal.

e. B5 (BOWEL)

Pada keadaan syok spinal, neuopraksia sering didapatkan adanya ileus paralitik, dimana klinis didapatkan hilangnya bising usus, kembung,dan defekasi, tidak ada. Hal ini merupakan gejala awal dari tahap syok spinal yang akan berlangsung beberapa hari sampai beberapa minggu.

f. B6 (BONE)

Paralisis motorik dan paralisis organ internal bergantung pada ketinggian lesi saraf yang terkena trauma. Gejala gangguan motorik sesuai dengan distribusi segmental dari saraf yang terkena.disfungsi motorik paling umum adalah kelemahan dan kelumpuhan.pada saluran ekstermitas bawah. Kaji warna kulit, suhu, kelembapan, dan turgor kulit.

4. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan diagnostik

- 1) X-ray/CT Scan : hematoma serebral, edema serebral, perdarahan intracranial, fraktur tulang tengkorak
- 2) MRI : dengan/tanpa menggunakan kontras
- 3) Angiografi Serebral : menunjukkan kelainan sirkulasi serebral
- 4) EEG : memperlihatkan keberadaan atau berkembangnya gelombang patologis
- 5) BAER (*Brain Auditory Evoked Respons*) : menentukan fungsi korteks dan batang otak
- 6) PET (*Positron Emission Tomography*) : menunjukkan perubahan aktivitas metabolisme pada otak

b. Pemeriksaan laboratorium

- 1) AGD : PO_2 , pH, HCO_3 : untuk mengkaji keadekuatan ventilasi (mempertahankan AGD dalam rentang normal untuk menjamin aliran darah serebral adekuat) atau untuk melihat masalah oksigenasi yang dapat meningkatkan TIK
- 2) Elektrolit serum : cedera kepala dapat dihubungkan dengan gangguan regulasi natrium, retensi Na berakhir dapat beberapa hari, diikuti diuresis Na, peningkatan letargi, konfusi dan kejang akibat ketidakseimbangan elektrolit.
- 3) Hematologi : leukosit, Hb, albumin, globulin, protein serum
- 4) CSS : menentukan kemungkinan adanya perdarahan subarachnoid (warna, komposisi, tekanan)
- 5) Pemeriksaan toksikologi : mendeteksi obat yang mengakibatkan penurunan kesadaran.
- 6) Kadar antikonvulsan darah : untuk mengetahui tingkat terapi yang cukup efektif mengatasi kejang.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Arif Muttaqin, (2008) diagnosa keperawatan yang muncul pada cedera kepala berat adalah sebagai berikut:

1. Ketidakefektifan pola napas yang berhubungan dengan kelemahan otot-otot pernapasan atau kelumpuhan otot diafragma.
2. Ketidakefektifan pembersihan jalan napas yang berhubungan dengan penumpukan sputum, peningkatan sekresi sekret, dan penurunan kemampuan batuk (ketidakmampuan batuk/batuk efektif).
3. Penurunan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan cedera kepala akut.
4. Nyeri berhubungan dengan kompresi saraf, cedera neuromuskular, dan refleks spasme otot sekunder.
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan kemampuan mencerna makanan dan peningkatan kebutuhan metabolisme
6. Risiko tinggi trauma yang berhubungan dengan penurunan kesadaran dan hambatan mobilitas fisik.
7. Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan neuromuskular.
8. Perubahan pola eliminasi urine yang berhubungan dengan kelumpuhansaraf perkemihan.
9. Gangguan eliminasi alvi/konstipasi yang berhubungan dengan gangguan persarafan pada usus dan rektum.
10. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan kelemahan fisik ekstremitas bawah.
11. Risiko infeksi yang berhubungan dengan penurunan sistem imunprimer (cedera pada jaringan paru, penurunan aktivitas silia bronkus), malnutrisi, dan tindakan invasif.
12. Perubahan persepsi sensori yang berhubungan dengan disfungsipersepsi spasial dan kehilangan sensori.

13. Ketidakefektifan koping yang berhubungan dengan prognosis kondisisakit, program pengobatan, dan lamanya tirah baring.
14. Ansietas yang berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap konsep diri, dan perubahan status kesehatan, status ekonomi, fungsi peran.
15. Ansietas keluarga yang berhubungan dengan keadaan yang kritis pada klien.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Arif Muttaqin (2008) tujuan perencanaan dan implementasi dapat mencakup perbaikan pola pernapasan, perbaikan mobilitas, pemeliharaan integritas kulit, menghilangkan retensi urine, perbaikan fungsi usus, peningkatan rasa nyaman, dan tidak terdapatnya komplikasi.

1. Diagnosa gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Batasan karakteristik :

- a. Penurunan waktu reaksi
- b. Kesulitan membolak balik posisi
- c. Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan
- d. Dispnea setelah beraktivitas
- e. Perubahan cara berjalan
- f. Gerakan bergetar
- g. Keterbatasan pengetahuan melakukan ketrampilan motorik halus
- h. Keterbatasan melakukan ketrampilan motorik kasar
- i. Keterbatasan rentang pergerakan sendi
- j. Tremor akibat pergerakan
- k. Ketidakstabilan postur
- l. Pergerakan lambat

NOC :

- a. *Joint Movement : Active*
- b. *Mobility Level*

c. Self care : ADLs

d. Transfer performance

Kriteria Hasil :

- a. Klien meningkat dalam aktivitas fisik
- b. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas.
- c. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah.
- d. Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker).

NIC :

Exercise therapy : ambulation

- a. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.
- b. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan.
- c. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera.
- d. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi.
- e. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.
- f. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan.
- g. Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien.
- h. Berikan alat bantu jika klien memerlukan.
- i. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Rasional:

- a. Mengetahui tingkat kemampuan klien dalam melakukan aktivitas.

- b. Menurunkan risiko terjadinya iskemia jaringan akibat sirkulasi darah yang jelek pada daerah yang tertekan.
 - c. Gerakan aktif memberikan massa, tonus, dan kekuatan otot serta memperbaiki fungsi jantung dan pernafasan.
 - d. Otot volunter akan kehilangan tonus dan kekuatannya bila tidak dilatih untuk digerakkan.
 - e. Telapak kaki dalam posisi 90 derajat dalam mencegah footdrop.
 - f. Deteksi dini adanya gangguan sirkulasi dan hilangnya sensasi risiko tinggi kerusakan integritas kulit kemungkinan komplikasi imobilisasi.
 - g. Untuk memelihara fleksibilitas sendi sesuai kemampuan.
 - h. Mempertahankan posisi tulang belakang tetap rata.
 - i. Dilakukan untuk menegaskan postur dan menguatkan otot-otot spinal.
2. Risiko trauma berhubungan dengan penurunan kesadaran, kerusakan mobilitas fisik.

Batasan karakteristik

- a. Faktor-faktor risiko
- b. Internal:
 - 1) Kelemahan
 - 2) Penglihatan menurun
 - 3) Penurunan sensasi taktil
 - 4) Penurunan koordinasi otot, tangan dan mata
 - 5) Kurangnya edukasi keamanan
 - 6) Keterbelakangan mental
- c. Eksternal
- d. Lingkungan

NOC :

- a. *Knowledge : Personal Safety*
- b. *Safety Behavior : Fall Prevention*
- c. *Safety Behavior : Fall occurrence*

d. Safety Behavior : Physical Injury

e. Tissue Integrity: Skin and Mucous Membran

Kriteria hasil :

- a. Pasien terbebas dari trauma fisik
- b. Lingkungan rumah aman
- c. Perilaku pencegahan jatuh
- d. Dapat mendeteksi resiko
- e. Pengendalian resiko : penggunaan alkohol, penggunaan narkoba, pencahayaan sinar matahari
- f. Pengetahuan keamanan terhadap anak.

NIC :

Environmental Management safety

- 1) Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien.
- 2) Identifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien.
- 3) Menghindarkan lingkungan yang berbahaya (misalnya memindahkan perabotan).
- 4) Memasang side rail tempat tidur.
- 5) Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih.
- 6) Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien.
- 7) Membatasi pengunjung.
- 8) Memberikan penerangan yang cukup.
- 9) Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien.
- 10) Mengontrol lingkungan dari kebisingan.
- 11) Memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan.
- 12) Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan penyebab penyakit.

Rasional :

- 1) Meminimalkan rangsang nyeri akibat gesekan antara fragmen tulang dengan jaringan lunak di sekitarnya.
- 2) Menghindari tekanan yang berlebih yang menonjol.
- 3) Mencegah perubahan posisi dengan tetap mempertahankan kenyamanan dan keamanan.
- 4) Bila fase edema telah lewat, kemungkinan bebat menjadi longer dapat terjadi.
- 5) Antibiotik bersifat bakteriosida/baktiostatika untuk membunuh/menghambat perkembangan kuman.
- 6) Menilai perkembangan masalah klien.

Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) yang berhubungan dengan gangguan persarafan pada usus dan rektum, imobilisasi, intake cairan yang tidak adekuat.

2.2.4 Implementasi

Menurut Setiadi,(2012) dalam buku Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan, implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

2.2.5 Evaluasi

Menurut Setiadi,(2012) dalam buku Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan, tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.

Komponen catatan perkembangan, antara lain sebagai berikut :

1. Kartu SOAP(data subjektif, data objektif, analisis/assessment, dan perencanaan/plan) dapat dipakai untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang.
2. Kartu SOAP sesuai sebagai catatan yang ringkas mengenai penilaian diagnosis keperawatan dan penyelesaiannya. SOAP merupakan komponen utama dalam catatan perkembangan yang terdiri atas:

- a. S (Subjektif) : data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- b. O (Objektif) : data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpanan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.
- c. A (Analisis/assessment) : masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis/dikaji dari data subjektif dan data objektif. Karena status klien selalu berubah yang mengakibatkan informasi/data perlu pembaharuan, proses analisis/assessment bersifat dinamis. Oleh karena itu sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.
- d. P (Perencanaan/planning) : perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan periode yang telah ditentukan.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 HASIL STUDI KASUS

3.1.1 PROSES ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Pasien yang dijadikan subjek studi kasus adalah Tn. Y.T (inisial) dirawat di ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang dengan diagnosa medis CKB (Cedera Kepala Berat). Nomor Rekam medik pasien adalah 493383. Usia pasien 51 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku Timor, menganut agama Kristen Protestan, pekerjaan pasien adalah sebagai petani, Pendidikan terakhir SD (Sekolah Dasar), dan bertempat tinggal di Oemofa , Naibonat. Tanggal pengkajian Minggu, 24 Juni 2018.

b. Pengkajian Data

Dalam melakukan asuhan keperawatan tahap awal yang penulis lakukan adalah mengumpulkan data tentang status sehat-sakit pasien. Proses pengumpulan data tentang status sehat-sakit pasien dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan pengobatan. Data tentang status sehat-sakit pasien dapat dikategorikan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara. Sedangkan data objektif diperoleh dengan melihat kondisi pasien yang dialami pada saat itu.

a) Keluhan Utama

Keluarga mengatakan pasien jatuh dari pohon kelapa setinggi 10 meter jam 06.00 pagi tanggal 20 Juni 2018 dan tidak sadarkan diri, setelah itu keluarga membawa pasien ke Puskesmas Oenutono untuk mendapat pertolongan pertama. Setelah itu pihak Puskesmas merujuk pasien ke RSUD Naibonat

untuk mendapatkan pemeriksaan foto rontgen. Pada pukul 16.00 WITA pasien dirujuk kembali ke RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang untuk mendapatkan penanganan yang lengkap termasuk pemeriksaan CT Scan kepala.

b) Riwayat Penyakit Sebelumnya

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah sakit seperti ini sebelumnya dan jarang pergi ke rumah sakit. Pasien memiliki istri dan 2 orang anak.

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak 4 hari yang lalu. Pasien terpasang infus futrolit 20 tetes per menit, NGT dan dower kateter.

d) Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan hasil tanda-tanda vital, TD : 130/80 mmHg, N : 64 x / menit, RR : 20 x / menit, S : 36,7° C. Keadaan umum pasien lemah, kesadaran somnolen, nilai GCS : E₁V₂M₅, Capillary Refill time < 3 detik, inspeksi pupil isokor. Inspeksi kulit ada lecet di pinggang bagian kanan, skala kekuatan tonus otot 5, ADL pasien semua dibantu oleh perawat dan keluarga (mandi, berpakaian, toileting, makan dan minum). Hasil pemeriksaan penunjang foto rontgen cervical dan pelvis yaitu tidak terdapat fraktur. Hasil pemeriksaan penunjang CT Scan kepala adalah terdapat gumpalan darah di 3 titik pada bagian kepala belakang tepatnya di tulang occipital. Hasil pemeriksaan laboratorium ialah Urea 22 mg/dl, Creatinin 0,8 mg/dl, AST/SGOT 50 u/L, dan ALT/SGPT 37 u/L. Pasien mendapatkan terapi obat futrolit 1500 cc / 24 jam, Tetracef 1x1 gr/IV, Ranitidine 2x50 mg/IV, Ketorolac 2x30 mg/IV, Plasmirex 3x500 mg/IV, Vitamin K 3x10 mg/IV, dan Manitol 4x150 cc/IV.

2. Diagnosa

a. Analisa Data

Pada pasien T.n Y.T didapatkan hanya didapatkan data objektif keadaan umum jelek atau lemah, tingkat kesadaran somnolen, nilai GCS = E₁V₂M₅, CRT < 3 detik, tekanan darah 130/80 mmHg, pasien tampak lemah terbaring di tempat tidur. Dari data tersebut didapatkan masalah kesehatan gangguan perfusi jaringan serebral dengan penyebabnya adalah cedera kepala akut.

Selain itu didapatkan pula data subjektif bahwa keluarga mengatakan pasien belum sadarkan diri sejak 4 hari yang lalu karena jatuh dari pohon kelapa dan saat ini semua pemenuhan kebutuhan ADL pasien dibantu penuh oleh perawat dan keluarga. Untuk data objektif didapatkan ADL pasien semua tampak dibantu oleh perawat dan keluarga (mandi, berpakaian, toileting, makan dan minum) dan pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur. Dari data tersebut maka dapat diambil masalah kesehatan intoleransi aktifitas dengan penyebabnya adalah penurunan kesadaran.

b. Diagnosa Keperawatan

Dari pengumpulan data yang dihasilkan berdasarkan pengkajian dari pasien dapat dirumuskan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

- a. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut.
- b. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran.

3. Intervensi

Pada diagnosa pertama gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut dapat diambil NOC (*Nursing Outcome Classification*) dengan kode 0406 dengan outcome pasien akan meningkatkan fungsi jaringan serebral yang baik selama dalam perawatan 3 x 24 jam dengan kriteria hasil yaitu

tekanan intra kranial normal, tekanan darah sistolik normal, tekanan darah diastolik normal, nilai GCS meningkat, kesadaran membaik yaitu composmentis, dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Maka intervensi dari NIC (*Nursing Intervention Classification*) yang dapat diambil yaitu kode 6680 dengan tindakan keperawatan yang akan dilakukan adalah pantau tanda-tanda vital pasien, evaluasi nilai GCS pasien, pertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar (supinasi), evaluasi keadaan pupil (reaksi terhadap cahaya), pemberian terapi oksigen sesuai kebutuhan, dan kolaborasi pemberian obat dengan tenaga medis sesuai indikasi pasien.

Untuk diagnosa yang kedua intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran dapat diambil NOC (*Nursing Outcome Classification*) dengan kode 0005 dengan outcome setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien dapat mengatasi intoleransi aktifitas yang dialami dengan kriteria hasil yaitu toleransi terhadap aktifitas, status perawatan diri meningkat, ADL (*Activity Daily Life*) pasien terpenuhi, dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Maka intervensi dari NIC (*Nursing Intervention Classification*) yang dapat diambil yaitu kode 4310 terapi aktifitas dengan tindakan keperawatan yang akan dilakukan adalah bantu klien dan keluarga untuk mengidentifikasi kelemahan dalam level aktifitas tertentu, berikan aktifitas motorik untuk mengurangi terjadinya kejang otot, berikan kesempatan keluarga untuk terlibat dalam aktifitas, bantu klien dan keluarga dalam pemenuhan ADL (*Activity Daily Life*) pasien, dan bantu klien dan keluarga memantau perkembangan klien terhadap pencapaian tujuan.

4. Implementasi

Pada tahap implementasi dilakukan apa yang sudah direncanakan pada tahap intervensi keperawatan. Pada hari pertama tanggal 25 Juni 2018 untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut implementasinya adalah mengukur tanda-tanda vital pasien, mengevaluasi nilai GCS klien, mengevaluasi keadaan pupil (reaksi terhadap cahaya), mempertahankan kepala dan leher pada posisi datar, melayani injeksi Plasmirex 500 mg/IV, melayani injeksi Vitamin K 10 mg/IV, mengganti cairan infus manitol 150 cc, mengganti kembali cairan infus Futrolit 20 tetes per menit dan memberikan terapi oksigen nasal kanul 3 L per menit. Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran yang dilakukan adalah membantu pasien dalam pemenuhan ADL (mandi dan toileting), membantu merapikan tempat tidur pasien, melakukan perawatan infus, melayani pemberian makanan lewat selang NGT susu 200 cc + air putih 60 cc, memberikan aktifitas motorik untuk mengurangi terjadinya kejang otot, melakukan perawatan NGT, melakukan perawatan kateter, dan membantu buang urine pasien 600 cc.

Pada hari kedua tanggal 26 Juni 2018 untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut implementasinya adalah memantau nilai GCS pasien, menilai tingkat kesadaran pasien, mengevaluasi keadaan pupil reaksi terhadap cahaya, mempertahankan posisi kepala dan leher agar tetap datar, melayani injeksi Kalnex 500 mg/IV, melayani injeksi Vitamin K 10 mg/IV, melakukan pemberian oksigen nasal kanul 3 L/menit, mengganti cairan infus futrolit 20 tetes per menit dan mengganti cairan infus manitol 150 cc. Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran yang dilakukan adalah membantu ADL pasien

mandi dan toileting, melakukan perawatan infus, membuang urine 900 cc, merapikan tempat tidur pasien, melayani makanan lewat selang NGT susu 200 cc + air putih 60 cc, melakukan perawatan infus, melakukan perawatan kateter dan mengukur tanda-tanda vital pasien.

Pada hari ketiga tanggal 27 Juni 2018 untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut implementasinya adalah mengukur tanda-tanda vital pasien, mengevaluasi nilai GCS klien, mengevaluasi keadaan pupil (reaksi terhadap cahaya), mempertahankan kepala dan leher pada posisi datar, melayani injeksi Kalnex 500 mg/IV, melayani injeksi Vitamin K 10 mg/IV, mengganti cairan infus manitol 150 cc, mengganti kembali cairan infus Futrolit 20 tetes per menit dan memberikan terapi oksigen nasal kanul 3 L per menit. Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran yang dilakukan adalah membantu pasien dalam pemenuhan ADL (mandi dan toileting), membantu merapikan tempat tidur pasien, melakukan perawatan infus, melayani pemberian makanan lewat selang NGT susu 200 cc + air putih 60 cc, memberikan aktifitas motorik untuk mengurangi terjadinya kejang otot, melakukan perawatan NGT, melakukan perawatan kateter, dan membantu buang urine pasien 850 cc.

Pada hari keempat tanggal 28 Juni 2018 untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut implementasinya adalah memantau nilai GCS pasien, menilai tingkat kesadaran pasien, mengevaluasi keadaan pupil reaksi terhadap cahaya, mempertahankan posisi kepala dan leher agar tetap datar, melayani injeksi Kalnex 500 mg/IV, melayani injeksi Vitamin K 10 mg/IV, melakukan injeksi piracetam 1 gr/IV, melakukan pemberian oksigen nasal kanul 3 L/menit, mengganti cairan infus futrolit 20 tetes per menit dan

mengganti cairan infus manitol 150 cc. Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran yang dilakukan adalah membantu ADL pasien mandi dan toileting, melakukan perawatan infus, membuang urine 900 cc, merapikan tempat tidur pasien, melayani makanan lewat selang NGT bubur saring 200 cc + air putih 60 cc, melakukan perawatan infus, melakukan perawatan kateter dan mengukur tanda-tanda vital pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi hari pertama Senin, 25 Juni 2018 jam 13.30 WITA dengan metode SOAP yaitu untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral adalah keluarga mengatakan pasien masih belum sadarkan diri dengan tanda-tanda vital TD:140/80 mmHg, N:64x/menit, S:36,5°C, RR:20x/menit, keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, GCS=8 E₁V₂M₅, pasien tampak terbaring posisi kepala dan leherdatar dan pasien terpasang oksigen nasal kanul 3L/menit. Hal ini menyatakan masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Maka intervensi keperawatan dilanjutkan dengan mengevaluasi kembali keadaan umum, GCS, tingkat kesadaran, pantau tanda-tanda vital, dan kolaborasi pemberian obat dengan tenaga medis. Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas evaluasinya adalah keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu penuh oleh perawat dan keluarga dengan objektifnya pasien tampak tidak sadar, pasien tampak lebih bersih dan rapi, pasien terbaring lemah di tempat tidur, pasien terpasang infus futrolit 20 tpm, NGT, dan dower kateter. Hal ini menyatakan masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan yaitu pasien toleransi terhadap aktivitas, status perawatan diri mandiri meningkat. Maka intervensi keperawatan dilanjutkan dengan

membantu pasien dalam pemenuhan ADL (mandi, toileting, berpakaian, makan dan minum).

Evaluasi hari kedua Selasa, 26 Juni 2018 jam 13.30 WITA dengan metode SOAP yaitu untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral adalah keluarga mengatakan pasien sudah bisa buka mata sedikit tapi jarang dengan tanda-tanda vital TD:130/90 mmHg, N:68x/menit, S:36,5°C, RR:20x/menit, keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, GCS=10 E₃V₂M₅, pasien tampak terbaring posisi kepala dan leher datar dan pasien terpasang oksigen nasal kanul 3L/menit. Hal ini menyatakan masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Maka intervensi keperawatan dilanjutkan dengan mengevaluasi kembali keadaan umum, GCS, tingkat kesadaran, pantau tanda-tanda vital, dan kolaborasi pemberian obat dengan tenaga medis. Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas evaluasinya adalah keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu penuh oleh perawat dan keluarga dengan objektifnya pasien tampak belum sadar, pasien tampak lebih bersih dan rapi, semua ADL pasien dibantu perawat dan keluarga, pasien terbaring lemah di tempat tidur, pasien terpasang infus futrolit 20 tpm, NGT, dan dower kateter. Hal ini menyatakan masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan yaitu pasien toleransi terhadap aktivitas, status perawatan diri mandiri meningkat. Maka intervensi keperawatan dilanjutkan dengan membantu pasien dalam pemenuhan ADL (mandi, toileting, berpakaian, makan dan minum).

Evaluasi hari ketiga, Rabu 27 Juni 2018 jam 14.00 WITA dengan metode SOAP yaitu untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral adalah keluarga mengatakan pasien sudah bisa buka mata sedikit tapi jarang dengan tanda-tanda vital TD:130/80

mmHg, N:68x/menit, S:36,7°C, RR:20x/menit, keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, GCS=10 E₃V₂M₅, pasien tampak terbaring posisi kepala dan leherdatar, manitol 150 cc per 6 jam, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3L/menit. Hal ini menyatakan masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Maka intervensi keperawatan dilanjutkan dengan mengevaluasi kembali keadaan umum, GCS, tingkat kesadaran, pantau tanda-tanda vital, dan kolaborasi pemberian obat dengan tenaga medis. Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas evaluasinya adalah keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu penuh oleh perawat dan keluarga dengan objektifnya pasien tampak belum sadar, pasien tampak lebih bersih dan rapi, semua ADL pasien dibantu perawat dan keluarga, pasien terbaring lemah di tempat tidur, pasien terpasang infus futrolit 20 tpm, NGT, dan dower kateter. Hal ini menyatakan masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan yaitu pasien toleransi terhadap aktivitas, status perawatan diri mandiri meningkat. Maka intervensi keperawatan dilanjutkan dengan membantu pasien dalam pemenuhan ADL (mandi, toileting, berpakaian, makan dan minum).

Evaluasi hari keempat, Kamis 28 Juni 2018 jam 14.00 WITA dengan metode SOAP yaitu untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral adalah keluarga mengatakan pasien sudah bisa buka mata sedikit tapi jarang dengan tanda-tanda vital TD:130/80 mmHg, N:68x/menit, S:36,7°C, RR:20x/menit, keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, GCS=10 E₃V₂M₅, pasien tampak terbaring posisi kepala dan leherdatar, manitol 150 cc per 6 jam, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3L/menit. Hal ini menyatakan masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Maka

intervensi keperawatan dilanjutkan dengan mengevaluasi kembali keadaan umum, GCS, tingkat kesadaran, pantau tanda-tanda vital, dan kolaborasi pemberian obat dengan tenaga medis. Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas evaluasinya adalah keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu penuh oleh perawat dan keluarga dengan objektifnya pasien tampak belum sadar, pasien tampak lebih bersih dan rapi, semua ADL pasien dibantu perawat dan keluarga, pasien terbaring lemah di tempat tidur, pasien terpasang infus futrolit 20 tpm, NGT, dan dower kateter. Hal ini menyatakan masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan yaitu pasien toleransi terhadap aktivitas, status perawatan diri mandiri meningkat. Maka intervensi keperawatan dilanjutkan dengan membantu pasien dalam pemenuhan ADL (mandi, toileting, berpakaian, makan dan minum).

3.2 PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Keadaan umum (Arif Muttaqin, 2008) pada keadaan cedera kepala berat umumnya mengalami penurunan kesadaran. Adanya perubahan pada tanda-tanda vital, meliputi bradikardi ($N: < 60 \text{ x/menit}$) dan hipotensi ($TD: \leq 90/60 \text{ mmHg}$). Berdasarkan hasil studi kasus yang didapat di lapangan Tn. Y.T di ruangan kelimutu pada proses pengkajian didapati keadaan umum mengalami penurunan kesadaran (somnolen dan $GCS = 8 \text{ E}_1 \text{ V}_2 \text{ M}_5$), namun tidak mengalami bradikardi yaitu $N: 64 \text{ x/menit}$ dan tidak mengalami hipotensi yaitu $TD: 130/80 \text{ mmHg}$. Pada proses pengkajian yang didapatkan pada studi kasus Tn. Y.T di ruangan Kelimutu mendukung teori menurut Arif Muttaqin (2008) karena pasien Tn. Y.T dengan diagnosa medis Cedera kepala Berat (CKB) mengalami penurunan kesadaran yaitu kesadaran somnolen dengan $GCS = 8 \text{ E}_1 \text{ V}_2 \text{ M}_5$.

2. Diagnosa

Menurut Arif Muttaqin, (2008) diagnosa keperawatan yang muncul pada cedera kepala berat adalah penurunan perfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan cedera kepala akut dengan data adanya kelemahan, penurunan kesadaran dan gangguan penglihatan. Studi kasus Tn. Y.T diagnosa yang ditegakkan yaitu gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut dengan data yang didapatkan yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran (somnolen dan GCS=8 E₁V₂M₅), keadaan umum lemah dan pasien belum bisa membuka mata. Berdasarkan hasil studi kasus ini, diagnosa keperawatan Tn. Y.T sejalan dengan teori yang ada namun tidak semua diagnosa dapat digunakan pada Tn. Y.T karena tidak ditemukan data-data yang dapat mendukung diagnosa tersebut contohnya diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola napas tidak bisa diangkat masalahnya, karena hasil pengkajian pasien didapatkan data RR:20x/menit.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan urutan prioritas diagnosa. Semua intervensi untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral sesuai dengan teori yang ada di buku NOC NIC 2015 yaitu diambil NOC (*Nursing Outcome Classification*) dengan kode 0406 dengan outcome pasien akan meningkatkan fungsi jaringan serebral yang baik selama dalam perawatan 3 x 24 jam dengan kriteria hasil yaitu tekanan intra kranial normal, tekanan darah sistolik normal, tekanan darah diastolik normal, nilai GCS meningkat, kesadaran membaik yaitu composmentis, dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Intervensi dari NIC (*Nursing Intervention Classification*) yang dapat diambil yaitu kode 6680 dengan tindakan keperawatan yang akan dilakukan adalah pantau tanda-tanda vital pasien, evaluasi nilai GCS pasien, pertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar (supinasi), evaluasi keadaan pupil (reaksi terhadap cahaya), pemberian terapi oksigen sesuai kebutuhan, dan kolaborasi pemberian obat dengan tenaga medis sesuai indikasi pasien. Pada hasil studi kasus untuk

diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut diambil NOC (*Nursing Outcome Classification*) dengan kode 0406 dengan outcome pasien akan meningkatkan fungsi jaringan serebral yang baik selama dalam perawatan 3 x 24 jam dengan kriteria hasil yaitu tekanan intra kranial normal, tekanan darah sistolik normal, tekanan darah diastolik normal, nilai GCS meningkat, kesadaran membaik yaitu composmentis, dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Intervensi yang disusun adalah pantau tanda-tanda vital pasien, evaluasi nilai GCS pasien, pertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar (supinasi), evaluasi keadaan pupil (reaksi terhadap cahaya), pemberian terapi oksigen sesuai kebutuhan, dan kolaborasi pemberian obat dengan tenaga medis sesuai indikasi pasien.

4. Implementasi

Menurut Setiadi (2012), dalam buku Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan, implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan yaitu untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut implementasinya adalah mengukur tanda-tanda vital pasien, mengevaluasi nilai GCS klien, mengevaluasi keadaan pupil (reaksi terhadap cahaya), dan mempertahankan kepala dan leher pada posisi datar. Pada studi kasus implementasi untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut adalah mengukur tanda-tanda vital pasien, mengevaluasi nilai GCS klien, mengevaluasi keadaan pupil (reaksi terhadap cahaya), mempertahankan kepala dan leher pada posisi datar, melayani injeksi Plasmirex 500 mg/IV, melayani injeksi Vitamin K 10 mg/IV, mengganti cairan infus manitol 150 cc, mengganti kembali cairan infus Futrolit 20 tetes per menit dan memberikan terapi oksigen nasal kanul 3 L per menit. Implementasi ini dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan menurut teori Setiadi (2012)

yaitumengukur tanda-tanda vital pasien, mengevaluasi nilai GCS klien, mengevaluasi keadaan pupil (reaksi terhadap cahaya), dan mempertahankan kepala dan leher pada posisi datar.

5. Evaluasi

Menurut Setiadi (2012), dalam buku Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan, tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.SOAP merupakan komponen utama dalam catatan perkembangan yang terdiri atas:

- a. S (Subjektif) : data subjektif yang diambil dari keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- b. O (Objektif) : data objektif yang diperoleh dari hasil observasi perawat, misalnya tanda-tanda akibat penyimpanan fungsi fisik, tindakan keperawatan, atau akibat pengobatan.
- c. A (Analisis/assessment) : masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis/dikaji dari data subjektif dan data objektif. Karena status klien selalu berubah yang mengakibatkan informasi/data perlu pembaharuan, proses analisis/assessment bersifat dinamis. Oleh karena itu sering memerlukan pengkajian ulang untuk menentukan perubahan diagnosis, rencana, dan tindakan.
- d. P (Perencanaan/planning) : perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang (hasil modifikasi rencana keperawatan) dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien. Proses ini berdasarkan kriteria tujuan yang spesifik dan periode yang telah ditentukan.

Pada studi kasus evaluasi yang didapatkan pada pasien Tn. Y.T adalah :

- a. S (Subjektif) : keluarga mengatakan pasien belum sadarkan diri.

- b. O (Objektif) :pasien tampak terbaring lemah, keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, dan GCS=10 E₃V₂M₅.
- c. A (Assessment) : masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan.
- d. P (Perencanaan/planning) : intervensi dilanjutkan dengan mengevaluasi kembali keadaan umum, GCS, tingkat kesadaran, pantau tanda-tanda vital, dan kolaborasi pemberian obat dengan tenaga medis .

Berdasarkan hasil studi kasus evaluasi Tn. Y.T menggunakan metode SOAP yang mendukung dengan teori menurut Setiadi (2012).

3.3 KETERBATASAN STUDI KASUS

Keterbatasan penulis selama penyusunan studi kasus ini yaitu pertama, karena pada saat melakukan pengkajian dan implementasi pasien tidak sadarkan diri dan istri dari pasien kurang kooperatif dalam membantu memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Kedua, ujian akhir program studi dengan menggunakan studi kasus baru tahun kedua ini dilakukan sehingga masih menjadi kendala di perpustakaan karena kurangnya referensi yang didapatkan untuk penyempurnaan laporan studi kasus ini. Ketiga adalah waktu pengambilan data yang terlalu singkat.

BAB 4

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 KESIMPULAN

Kesimpulan yang didapatkan pada asuhan keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral pada Tn. Y.T dengan diagnosa medis CKB (Cedera Kepala Berat) pada pengkajian didapatkan data subjektif bahwa keluarga mengatakan pasien masih belum sadarkan diri, keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, nilai GCS : E₁V₂M₅, *Capillary Refill time* < 3 detik, inspeksi pupil isokor. Inspeksi kulit ada lecet di pinggang bagian kanan, skala kekuatan tonus otot 5, ADL pasien semua dibantu oleh perawat dan keluarga (mandi, berpakaian, toileting, makan dan minum). Diagnosa yang muncul adalah gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan kesadaran. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut dapat diambil NOC (*Nursing Outcome Classification*) dengan kode 0406 dengan outcome pasien akan meningkatkan fungsi jaringan serebral yang baik selama dalam perawatan 3 x 24 jam dengan kriteria hasil yaitu tekanan intra kranial normal, nilai GCS meningkat, kesadaran membaik yaitu composmentis, dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Untuk diagnosa yang kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan kesadaran dapat diambil NOC (*Nursing Outcome Classification*) dengan kode 0005 dengan outcome setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien dapat mengatasi intoleransi aktifitas yang dialami dengan kriteria hasil yaitu toleransi terhadap aktifitas, status perawatan diri meningkat, dan ADL (*Activity Daily Life*) pasien terpenuhi. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala akut implementasinya adalah mengukur tanda-tanda vital pasien, mengevaluasi nilai GCS klien, mengevaluasi keadaan pupil, mempertahankan kepala dan leher pada posisi datar, dan memberikan terapi

oksigen nasal kanul 3 L per menit. Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran yang dilakukan adalah membantu pasien dalam pemenuhan ADL (mandi dan toileting). Evaluasi yang dilakukan untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral adalah keluarga mengatakan pasien masih belum sadarkan diri. Hal ini menyatakan masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Maka intervensi keperawatan dilanjutkan dengan mengevaluasi kembali keadaan umum, GCS, tingkat kesadaran, pantau tanda-tanda vital, dan kolaborasi pemberian obat dengan tenaga medis. Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas evaluasinya adalah keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu penuh oleh perawat dan keluarga. Hal ini menyatakan masalah belum teratasi karena data subjektif dan data objektif yang didapatkan belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan yaitu pasien toleransi terhadap aktivitas, status perawatan diri mandiri meningkat. Maka intervensi keperawatan dilanjutkan dengan membantu pasien dalam pemenuhan ADL.

4.2 SARAN

4.2.1 Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberi kemudahan dalam pemakaian sarana dan prasarana yang merupakan fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam melalui praktek klinik dan pembuatan laporan ilmiah.

4.2.2 Bagi rumah sakit

Diharapkan dapat memberikan pelayanan kepada pasien seoptimal mungkin untuk meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

4.2.3 Bagi penulis

Diharapkan pada penulis dapat menggunakan atau memanfaatkan pengetahuan, keterampilan dan waktu seefektif mungkin sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Morton, Patricia, dkk. 2012. *Keperawatan Kritis Volume 2 Pendekatan Asuhan Holistik*. Jakarta : EGC
- Price, Sylvia dan Lorraine Wilson. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6*. Jakarta : EGC
- Musliha. 2010. *Keperawatan Gawat Darurat Contoh Askep Dengan Pendekatan Nanda, NIC, NOC*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Smeltzer, Suzanne, dan Brenda Bare. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8*. Jakarta : EGC
- Corwin, Elizabeth, J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi Edisi Revisi 3*. Jakarta : EGC
- Stillwell, Susan. B. 2012. *Pedoman Keperawatan Kritis*. Jakarta : EGC
- Wijaya, Andra Saferi dan Yessie Mariza Putri. 2013. *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Bulechek, Gloria M.,dkk. 2016. *Nursing Intervensi Classification (NIC) edisi bahasa Indonesia*. Indonesia
- Bulechek, Gloria M.,dkk. 2016. *Nursing Outcomes Classification (NOC) edisi bahasa Indonesia*. Indonesia
- NANDA. 2016. *Diagnosis keperawatan definisi dan klasifikasi 2015 – 2017 edisi 10*. Jakarta : EGC

Arif Muttaqin. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba Medika Jakarta

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan

[illegible]

Lampiran 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380)
8800256;

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

Nama Mahasiswa : Andi Rusdiana

NIM : PO.530320115006

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn.Y.T

Ruang/Kamar : Kelimutu/A7

Diagnosa Medis : Cedera Kepala Berat (CKB)

No. Medical Record : 49-33-83

Tanggal Pengkajian : 24 Juni 2018

Jam : 14.00 WITA

Masuk Rumah Sakit : 20 Juni 2018

Jam : 17.00 WITA

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn.YK

Jenis Kelamin : Laki-laki

Umur/Tanggal Lahir : 51 tahun/16 Juli 1967

Status Perkawinan : Menikah

Agama : Kristen Protestan

Suku Bangsa : Timor

Pendidikan Terakhir : SD

Pekerjaan : Petani

Alamat : Oemofa

Identitas Penanggung

Nama : Tn. Y.T

Pekerjaan : IRT

Jenis Kelamin : Perempuan

Hubungan dengan klien : Istri

Alamat : Oemofa

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Saat dikaji pasien tidak sadarkan diri

2. Riwayat Keluhan Utama

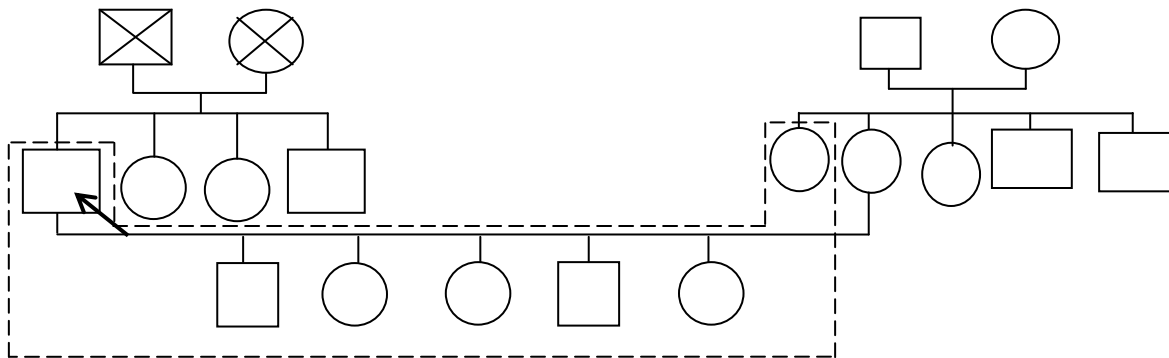
Keluarga mengatakan pasien jatuh dari pohon kelapa dan pingsan dibawa ke PKM Oenutono lalu dirujuk ke RSUD Naibonat untuk foto rontgen cervical dan pelvis kemudian dirujuk kembali ke RSUD Prof .Dr.W.Z Johannes Kupang untuk mendapatkan pemeriksaan CT Scan kepala.

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mempunyai penyakit Cedera Kepala Berat (CKB) sebelumnya.

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Keterangan :



Laki-laki



Perempuan



Laki-laki meninggal



Perempuan meninggal



Pasien

----- Tinggal serumah

*tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat sakit yang sama dengan pasien

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 130/80 mmHg - Nadi : 64x/menit
- Pernapasan : 24x.menit - Suhu badan : 36,7°C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala : tidak. Pusing : tidak
 - Bentuk , ukuran dan posisi:
☒ normal : bentuk kepala bulat, wajah simetris dan normal
 - Lesi : ☒ tidak ada
 - Masa : ☒ tidak ada
 - Observasi Wajah : ☒ simetris, mata posisi mata simetris, bentuk wajah simetris
 - Penglihatan : normal
 - Konjungtiva: ananemis
 - Sklera: putih
 - Pakai kaca mata : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Penglihatan kabur : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Nyeri : tidak ada nyeri saat palpasi kelopak mata
 - Peradangan : tidak ada tanda-tanda peradangan
 - Operasi : tidak pernah dilakukan
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Nyeri : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Peradangan : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinnitus : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Riwayat Polip : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Sinusitis : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak

- Epistaksis : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi :
 - Caries : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Memakai gigi palsu : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Gangguan bicara : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Gangguan menelan : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : Somnolen / GCS = 8 E₁V₂M₅
 - Bentuk dada : ☐ abnormal , Jelaskan : ☒ normal
 - Bibir : ☐ sianosis ☒ normal
 - Kuku : ☐ sianosis ☒ tampak pucat
 - Capillary Refill : ☐ Abnormal ☒ normal (<3 detik)
 - Tangan : ☐ Edema ☒ akral hangat
 - Kaki : ☐ Edema ☒ normal
 - Sendi : ☐ Edema ☒ normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: ☒ Teraba ☐ tidak teraba
- Vena jugularis : ☐ Teraba ☒ tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : tidak ada pembesaran jantung
- Auskultasi :
 - BJ I : ☐ Abnormal ☒ normal
 - BJ II : ☐ Abnormal ☒ normal

Murmur (-), Gallops (-), Bunyi jantung S₁S₂ reguler.

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada keluhan pernapasan
- Inspeksi :
 - Jejas : ☐ Ya, Jelaskan : ☒ tidak
 - Bentuk Dada : ☐ Abnormal, Jelaskan : ☒ normal

- Jenis Pernapasan : ☐ Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) ☒ normal : RR 20x/m
- Irama Napas : ☒ teratur ☐ tidak teratur
- Retraksi otot pernapasan : ☐ Ya ☒ tidak
- Penggunaan alat bantu pernapasan : ☐ Ya, Jelaskan ☒ tidak
- Perkusi : Cairan : ☐ Ya ☐ tidak
- Udara : ☒ Ya ☐ tidak
- Massa : ☐ Ya ☐ tidak
- Auskultasi :
- Inspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal
- Ekspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal
- Ronchi : ☐ Ya ☒ tidak
 - Wheezing : ☐ Ya ☒ tidak
 - Krepitasi : ☐ Ya ☒ tidak
 - Rales : ☐ Ya ☒ tidak
- Clubbing Finger : ☒ Normal ☐ Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : pasien mengatakan kurang nafsu makan
- b. Inspeksi :
- Turgor kulit : ☐ Abnormal, Jelaskan : ☒ Normal
 - Keadaan bibir : ☒ lembab ☐ kering
 - Keadaan rongga mulut
- Warna Mukosa : pucat
- Luka/ perdarahan : ☐ Ya, Jelaskan ☒ tidak
- Tanda-tanda radang : ☐ Ya, Jelaskan ☒ tidak
- Keadaan gusi : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
- Keadaan abdomen
- Warna kulit : normal, sawo matang
- Luka : ☐ Ya, Jelaskan ☒ tidak
- Pembesaran : ☐ Abnormal, Jelaskan..... ☐ normal

Keadaan rektal

Luka : ☐ Ya, Jelaskan ☐ tidak
Perdarahan : ☐ Ya, Jelaskan ☒ tidak
Hemmoroid : ☐ Ya, Jelaskan ☒ tidak
Lecet/ tumor/ bengkak : ☐ Ya, Jelaskan..... ☒ tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 10x/menit

d. Perkusi : Cairan : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
Udara : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
Massa : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal

e. Palpasi:

Tonus otot: ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
Nyeri : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
Massa : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal

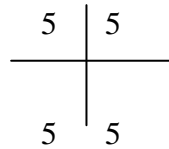
6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : pasien tidak sadarkan diri
- b. Tingkat kesadaran: Somnolen GCS 8 (E₁M₂V₅)
- c. Pupil : ☒ Isokor ☐ anisokor
- d. Kejang : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
- e. Jenis kelumpuhan : ☐ Ya, Jelaskan ☒ tidak
- f. Parasthesia : ☐ Ya, Jelaskan ☒ tidak
- g. Koordinasi gerak : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
- h. Cranial Nerves : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
- i. Reflexes : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : pasien tidak sadarkan diri
- b. Kelainan Ekstremitas : ☐ ada, Jelaskan..... ☒ tidak ada
- c. Nyeri otot : ☐ ada ☒ tidak ada

- d. Nyeri Sendi : ☐ ada ☒ tidak ada
- e. Refleksi sendi : ☐ abnormal, Jelaskan ☒ normal
- f. kekuatan otot :
- g. ☐ Atropi ☐ hiperthropi ☐ normal



8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ☐ ada, Jelaskan..... ☒ tidak ada
- b. Lesi : ☐ ada, Jelaskan ☒ tidak ada
- c. Turgor : elastis Warna : coklat
- d. Kelembaban : ☐ Abnormal, Jelaskan ☒ normal
- e. Petechie : ☐ ada, Jelaskan..... ☒ Tidak ada
- f. Lain lain: terdapat beberapa memar pada tangan bekas suntik dan pemasangan infus

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : ☐ kencing menetes ☐ inkontinensia ☐ retensi
☐ gross hematuri ☐ disuria ☐ poliuri
☐ oliguri ☐ anuri ☒ tidak ada gangguan
- b. Alat bantu (kateter, dll) ☐ ya ☐ tidak
- c. Kandung kencing : membesar ☐ ya ☒ tidak
nyeri tekan ☐ ya ☒ tidak
- d. Produksi urine : kurang lebih 1000 cc/hari
- e. Intake cairan oral : susu 200 cc dan air putih 60 cc per NGT; parenteral : infus Futrolit 1500 cc/24 jam
- f. Bentuk alat kelamin : ☒ Normal ☐ Tidak normal, sebutkan.....
- g. Uretra : ☒ Normal ☐ Hipospadia/Epispadia

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada keluhan
- b. Pembesaran Kelenjar : ☐ ada, Jelaskan..... ☒ tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada keluhan
- b. Wanita : Siklus menstruasi :
- Keadaan payudara : ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ normal
 - Riwayat Persalinan:.....
 - Abortus:.....
 - Pengeluaran pervagina: ☐ Abnormal, Jelaskan ☐ normal
- c. Pria : Pembesaran prostat : ☐ ada ☒ tidak ada
- d. Lain-lain:.....

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : teratur
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : baik
- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : Jagung boso, kangkong, ikan, telur
- Banyaknya minuman dalam sehari : ± 7 gelas sehari sekitar 1750 cc/hari
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- BB : 60 kg TB : 160 cm
- Kenaikan/Penurunan BB: 1 kg, dalam waktu: satu bulan terakhir

2. Perubahan selama sakit : pasien tidak sadarkan diri, saat ini terpasang selang NGT, MLP 200 cc susu dan 60 cc air putih tiap 4 jam melalui NGT.

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 3 kali Warna : kuning jernih

Bau : khas urine Jumlah/ hari : ± 500 cc

- b. Perubahan selama sakit : pasien tidak sadarkan diri, saat ini terpasang dower kateter, jumlah output cairan 1000 cc per hari.

2. Buang air besar (BAB)

- a. Kebiasaan : BAB teratur normal setiap hari.

Frekuensi dalam sehari : ± 1 kali

Warna : kuning; Bau : khas feses

Konsistensi : lunak

- b. Perubahan selama sakit : pasien belum BAB sejak 4 hari yang lalu

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : tidak ada
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak ada

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : pasien belum sadarkan diri sejak jatuh dari pohon 4 hari yang lalu
Bangun jam :
- Tidur siang jam :
Bangun jam :
- Apakah mudah terbangun : tidak
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : suasana yang tenang

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri dan anak-anak
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : bersih, rapi dan nyaman
Status rumah : milik pribadi
Cukup / tidak : cukup
Bising / tidak: tidak bising
Banjir / tidak : tidak banjir

4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/terdekat : ya, pasien mengatakan selalu membicarakan masalah dengan keluarga
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : berdoa dan berdiskusi
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya, ibadat di gereja setiap hari Minggu
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : tidak ada

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : keluarga mengatakan sedih karena pasien mengalami musibah jatuh dari pohon.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : keluarga mengatakan khawatir karena pasien belum juga sadarkan diri dan ingin cepat sembuh.
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : keluarga mengatakan bisa kooperatif dalam membantu perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

| No | Jenis Pemeriksaan | Nilai Normal | Hasil Pemeriksaan | | |
|----|-------------------|--------------|---------------------|--|--|
| | | | Tanggal (Juni 2018) | | |
| | | | 20 | | |
| 1. | Urea | 15-39 | 22 mg/dL | | |
| 2. | Creatinin | 0,7-1,3 | 0,8 mg/dL | | |
| 3. | SGOT | 0-35 | 50 u/L | | |
| 4. | SGPT | 10-40 | 37 u/L | | |
| 5. | Glukosa darah | 70-150 | 111 | | |

b. Pemeriksaan faeces: tidak dilakukan

c. Pemeriksaan urine: tidak dilakukan

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

- a. Foto gigi dan mulut : tidak dilakukan

.....

.....

.....

.....

- b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : tidak dilakukan

.....

.....

.....

.....

- c. Cholescystogram : tidak dilakukan

.....

.....

.....

.....

- d. Foto colon : tidak dilakukan

.....

.....

.....

.....

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi (18 Juni 2018)

Hepatomegali 16,8 cm

Splenomegali 20,7 cm

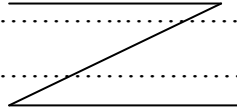
Biopsy : tidak dilakukan

.....

.....

.....

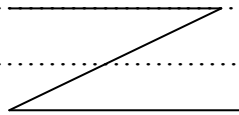
Colonoscopy : tidak dilakukan



DII : Hasil pemeriksaan foto rontgen cervical dan pelvis yaitu tidak ada fraktur. Hasil pemeriksaan CT Scan kepala yaitu terdapat 3 titik gumpalan darah di daerah occipital.

Penatalaksanaan/pengobatan
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan



- Obat : Tn.Y.T telah diberikan terapi sebagai berikut:

Futrolit 1500 cc per 24 jam

Injeksi tetracef 1x1 gr/IV

Injeksi ranitidin 2x50 mg/IV

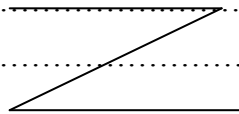
Injeksi ketorolac 2x30 mg/IV

Injeksi plasmirex 3x500 gr/IV

Injeksi Vitamin K 3x10 mg/IV

Manitol 4x150 cc/IV

- Lain-lain





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Andi Rusdiana
NIM : PO 530320115006
NAMA PEMBIMBING : Kori Limbong, S.kep.,Ns.,M.kep

| NO. | TANGGAL | REKOMENDASI PEMBIMBING | PARAF PEMBIMBING |
|-----|------------|--|---------------------|
| 1. | 25-06-2018 | Mencari buku sumber dan melengkapi pengkajian data pasien. | <i>[Signature]</i> |
| 2. | 26-06-2018 | Konsultasi konsep dasar penyakit. | <i>[Signature]</i> |
| 3. | 27-06-2018 | Membuat Bab I dan Bab II. | <i>[Signature]</i> |
| 4. | 28-06-2018 | Memperbaiki hasil Bab I dan Bab II. | <i>[Signature]</i> |
| 5. | 30-06-2018 | Menambahkan nilai normal pada hasil laboratorium. | <i>[Signature]</i> |
| 6. | 30-06-2018 | Mengatur cara penulisan dengan perataan margin. | <i>[Signature]</i> |
| 7. | 30-06-2018 | Mengganti isi dan mengganti kata kunci pada bagian abstrak. | <i>[Signature]</i> |
| 8. | 30-06-2018 | Memperbaiki cara penulisan daftar pustaka. | <i>[Signature]</i> |
| 9. | 01-07-2018 | Mengembangkan implementasi dari hari pertama hingga hasil akhir. | <i>[Signature]</i> |
| 10. | 05-07-2018 | Menambahkan bagian saran bagi rumah sakit. | <i>[Signature]</i> |
| 11. | 06-07-2018 | Menambahkan peran perawat pada latar belakang. | <i>[Signature]</i> |
| 12. | 09-07-2018 | Menambahkan data pada pembahasan dan mengisi lembar bimbingan konsul | <i>[Signature]</i> |